

Wybrane uwarunkowania zachowań zdrowotnych pacjentów z podwyższonym ryzykiem okołoperacyjnym niedokrwienia mięśnia sercowego

Selected determinants of health behavior in patients with an increased risk of perioperative myocardial infarction

Aurelia Segal^{1,A-F}, Ilona Nowak^{2,B,E}, Aleksandra Władymiruk^{2,B,E}, Piotr Bijak^{3,C}, Anna Andrychiewicz^{4,B,E}, Katarzyna Wojnar-Gruszka^{1,B,E}, Maria Kózka^{1,A,E,F}

¹ Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński – Collegium Medicum, Kraków

² IX Oddział Intensywnej Terapii, Klinika Alergii i Immunologii, Szpital Uniwersytecki w Krakowie, Kraków

³ Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II, Kraków

⁴ Pracownia Bronchoskopii, Oddział Kliniczny Pulmonologii, Szpital Uniwersytecki w Krakowie, Kraków

A – koncepcja i projekt badania, B – gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – analiza i interpretacja danych,

D – napisanie artykułu, E – krytyczne zrecenzowanie artykułu, F – zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne, ISSN 2082-9876 (print), ISSN 2451-1870 (online)

Piel Zdr Publ. 2018;8(2):89–96

Adres do korespondencji

Aurelia Segal

e-mail: aurelia.segal@uj.edu.pl

Konflikt interesów

Nie występuje

Praca wpłynęła do Redakcji: 14.03.2017 r.

Po recenzji: 9.05.2017 r.

Zaakceptowano do druku: 25.06.2017 r.

Streszczenie

Wprowadzenie. Okołooperacyjne niedokrwienie mięśnia sercowego może wystąpić u każdego pacjenta po 45. r.ż. poddanego zabiegowi chirurgicznemu z przyczyn pozasercowych. Pomimo iż pogarsza rokowanie, nadal bywa niezauważane.

Cel pracy. Poznanie wybranych uwarunkowań zachowań zdrowotnych u osób z podwyższonym ryzykiem okołooperacyjnym niedokrwienia mięśnia sercowego i u osób zdrowych.

Materiał i metody. Grupę badaną stanowiło 80 osób z podwyższonym ryzykiem niedokrwienia mięśnia sercowego. Grupę porównawczą stanowiło 80 osób zdrowych. Do zebrania danych wykorzystano 5 wystandardyzowanych narzędzi badawczych.

Wyniki. W badanej grupie występowały w niewielkim stopniu niepożądane zachowania zdrowotne, mogące zwiększyć ryzyko niedokrwienia mięśnia sercowego. Nie stwierdzono dominacji cech charakterystycznych dla osobowości typu A. Wykazano zależność pomiędzy umiejscowieniem kontroli zdrowia a zachowaniami zdrowotnymi w badanej grupie. Satysfakcja z życia w grupie badanej dodatnio korelowała z zachowaniami zdrowotnymi. Wybrane uwarunkowania zachowań zdrowotnych różnicują badane grupy na niekorzyść grupy porównawczej.

Wnioski. Badani z podwyższonym ryzykiem okołooperacyjnym niedokrwienia mięśnia sercowego częściej prezentowali pożądane zachowania zdrowotne niż grupa osób zdrowych. Istnieje potrzeba prowadzenia edukacji zdrowotnej we wszystkich grupach wiekowych celem utrzymania i poprawy stanu zdrowia całej populacji. W grupie osób zdrowych (grupa porównawcza) badania wykazały przeciętny poziom zachowań zdrowotnych i brak bodźca do ich zmiany pomimo wysokiego poziomu poczucia własnej skuteczności. Z tego powodu należy zwiększyć nacisk na prewencję pierwotną w tej grupie wiekowej.

Słowa kluczowe: edukacja zdrowotna, zachowania zdrowotne, choroba wieńcowa, czynniki ryzyka, powikłania pooperacyjne

DOI

10.17219/pzp/75496

Copyright

© 2018 by Wrocław Medical University

This is an article distributed under the terms of the

Creative Commons Attribution Non-Commercial License

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

Abstract

Background. Perioperative myocardial ischemia can occur in any patient over 45 years of age subjected to surgery due to non-cardiac causes. Despite the fact that it worsens the prognosis, it still sometimes goes unnoticed.

Objectives. Examining selected determinants of health-related behaviors in people with an increased risk of perioperative myocardial ischemia, compared to healthy subjects.

Material and methods. The study group included 80 people with an increased risk of myocardial ischemia. The control group consisted of 80 healthy individuals. Five standardized research tools were used to collect data.

Results. In the test group, there was a low degree of adverse health-related behaviors that may increase the risk of myocardial ischemia. There were no dominant characteristics for type A personalities. We showed a correlation between the health locus of control and health-related behaviors in the study group. Life satisfaction in the study group positively correlated with health-related behaviors. Selected determinants of health-related behaviors differentiated the studied groups to the disadvantage of the control group.

Conclusions. Subjects with an increased risk of perioperative myocardial ischemia showed desirable health-related behaviors more often than the group of healthy people (control group). There is a need for health education in all age groups in order to maintain and improve the health of the entire population. In the group of healthy subjects (control group), the study showed an average level of health-related behaviors and a lack of any incentive to change it, despite a high level of self-efficacy in this group. Taking this into account, greater emphasis should be put on primary prevention in this age group.

Key words: coronary heart disease, risk factors, postoperative complications, health-related behaviors, health education

Wprowadzenie

Okołooperacyjne ryzyko niedokrwienia mięśnia sercowego dotyczy każdego pacjenta po 45. r.ż. leczonego chirurgicznie z przyczyn pozasercowych.^{1,2} Wystąpienie zawału serca w tym okresie powoduje wzrost śmiertelności w ciągu 30 dni od zabiegu. Rozpoznanie okołooperacyjnego zawału serca jest jednak bardzo trudne.³ Przyczyn może być kilka: stosunkowo młody wiek pacjenta, silne leki przeciwbólowe mogące maskować ból stenokardialny, brak standardowo wykonywanego EKG po zabiegu oraz brak oznaczeń markerów sercowych.^{1,2}

W 2007 r. badacze z wielu ośrodków na całym świecie (w Ameryce Północnej i Południowej, Azji, Australii, Europie, w tym jednego ośrodka z Polski) rozpoczęli badanie obserwacyjne o nazwie VISION (Vascular Events in Noncardiac Surgery Patients Cohort Evaluation). Jego celem była ocena ryzyka wystąpienia niedokrwienia mięśnia sercowego u chorych w okresie okołozabiegowym oraz śmiertelności w ciągu 30 dni od operacji. Po przeanalizowaniu wyników pierwszych 15 tys. pacjentów zauważono, że chorzy z wyższymi wartościami troponin częściej umierali w tym czasie.^{1,2} W ciągu 5 lat badaniem objęto 40 tys. pacjentów (989 pacjentów w Szpitalu Bonifraterów św. Jana Grandego w Krakowie). Wprowadzono do terminologii kardiologicznej określanie MINS (ang. *myocardial injury after noncardiac surgery*) oznaczające uszkodzenie mięśnia sercowego po zabiegu przeprowadzonym z przyczyn pozasercowych wskutek niedokrwienia stwierdzanego do 30 dni od operacji.⁴

Obserwując pacjentów z podwyższonym ryzykiem niedokrwienia mięśnia sercowego, czyli każdego chorego po 45. r.ż. operowanego z przyczyn pozasercowych, należy wziąć pod uwagę czynniki ryzyka chorób układu krążenia oraz ich uwarunkowania. Istotnym czynnikiem ryzy-

ka chorób układu krążenia są zachowania określone jako antyzdrowotne. Należą do nich m.in.: nieodpowiednia dieta, brak aktywności fizycznej i odpowiedniej ilości snu oraz stosowanie używek. Wybór zachowań zdrowotnych korzystnych dla zdrowia jest kwestią indywidualną i zależy od wieku, płci, poziomu wykształcenia i uwarunkowań kulturowych danej osoby.⁵ Inwentarz Zachowań Zdrowotnych pozwala na ich ocenę zarówno w zakresie ogólnym, i jak i w 4 kategoriach, takich jak: prawidłowe nawyki żywieniowe, zachowania profilaktyczne, praktyki zdrowotne i pozytywne nastawienie psychiczne. Aktualnie znane są różnego rodzaju uwarunkowania zachowań zdrowotnych, które włączają się w nurt holistycznego podejścia do zdrowia jednostki, ujmującego człowieka jako całość w sferze biopsychospołecznej. Uważa się, iż osoby z wysokim poczuciem własnej skuteczności mają silną motywację do działania, potrafią właściwie ocenić sytuację, w jakiej się znajdują, wytrwale dążą do wyznaczonego celu, cechują się odpornością na stres i optymizmem.⁶ Własna skuteczność rozwija się dzięki obserwacji innych ludzi i porównawczej ocenie efektu własnych działań i perswazji, natomiast poczucie kontroli pokazuje, w jakim stopniu efekt postępowania jednostki uwarunkowany jest jej osobistymi przekonaniem i lokującymi sprawstwo w obrębie przypadku, szczęścia, innych osób lub wewnątrz siebie.⁶ Jeśli jednostka uzna, że efekt zachowań zależy od niej samej, mówi się o poczuciu kontroli wewnętrznej, natomiast jeśli oceni, że jest to dzieło przypadku lub innych osób – o poczuciu kontroli zewnętrznej.⁵⁻⁷ Obecnie duży nacisk kładzie się na edukację zdrowotną oraz uświadomienie jednostki, że jej zdrowie w dużym stopniu zależy od niej samej, od jej zachowań prozdrowotnych lub antyzdrowotnych. Rodzaj podejmowanych działań zależy natomiast również od sposobu postrzegania siebie i zasobów osobistych.

Całościowe podejście do zdrowia człowieka wymaga również subiektywnej oceny satysfakcji z życia, ponieważ pozytywne odczucia i brak uczuć negatywnych są bardzo ważnymi elementami zdrowia.⁷ Jednostka odczuwa satysfakcję z życia wtedy, gdy porównując własną sytuację z własnymi oczekiwaniami uzyska wynik, który ją zadowala.⁷ W literaturze satysfakcja z życia utożsamiana jest często z jakością życia oraz poczuciem szczęścia.⁸ Według Jaracz satysfakcja z życia to efekt wartościującej, subiektywnej i świadomej oceny życia jako całości i jest jednym z wyznaczników jakości życia.⁹

Na ryzyko chorób układu krążenia mają również wpływ czynniki psychiczne.¹⁰ Pośpiech, stres, skłonność do agresji i rywalizacji, brak umiejętności wyrażania uczuć negatywnych, działanie pod presją czasu, wysoki poziom ambicji mogą mieć wpływ na występowanie chorób układu krążenia w grupie osób, u których wymienione cechy dominują.¹⁰ Według niektórych autorów osobowość typu A, która charakteryzuje się wyżej wymienionymi cechami, predysponuje do wystąpienia chorób układu krążenia.^{5,11}

Celem badań było poznanie wybranych uwarunkowań zachowań zdrowotnych w grupie osób z podwyższonym ryzykiem okołoperacyjnego niedokrwienia mięśnia sercowego oraz u osób zdrowych.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego. Do zebrania danych surowych zastosowano autorski kwestionariusz ankiety i 5 standaryzowanych narzędzi badawczych, tj.: Inwentarz Zachowań Zdrowotnych, Skalę Typu A-Framingham w adaptacji Juczyńskiego, Wielowymiarową Skalę Umieszczenia Kontroli Zdrowia, Skalę Uogólnionej Własnej Skuteczności oraz Skalę Satysfakcji z Życia.

Inwentarz Zachowań Zdrowotnych został opracowany przez Juczyńskiego. Współczynnik rzetelności alfa Cronbacha wynosi 0,85. Błąd standardowy pomiaru dla wyniku ogólnego wynosi 0,63. Skala ocenia nasilenie zachowań mających wpływ na zdrowie za pomocą 24 stwierdzeń, dzieląc je na 4 kategorie: prawidłowe nawyki żywieniowe, zachowania profilaktyczne, praktyki zdrowotne, prawidłowe nastawienie psychiczne.⁷

Skala Typu A-Framingham w adaptacji Juczyńskiego – współczynnik rzetelności skali alfa Cronbacha w polskiej wersji wynosi 0,62. Błąd standardowy pomiaru wynosi 0,02. Skala ocenia predyspozycje danych osób do wystąpienia choroby niedokrwiennej serca.⁷

Wielowymiarowa Skala Umieszczenia Kontroli Zdrowia (Multidimensional Health Locus of Control – MHLC), wersja A, została opracowana przez K.A. Wallstona, B.S. Wallston i DeVellisa, a do polskich warunków zaadaptował ją Juczyński. Współczynniki rzetelności skali alfa Cronbacha wyniosły dla wersji A:

0,74 dla „kontroli wewnętrznej” (W); 0,69 dla „przypadku” (P); 0,54 dla „wpływu innych” (I). Błędy standardowe wynosiły odpowiednio: 0,25; 0,27 oraz 0,26. Skala ocenia przekonania jednostki dotyczące wpływu na zachowania zdrowotne.⁷

Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności (General Self-Efficacy Scale – GSES) została opracowana przez Schwazera, Jerusalem i Juczyńskiego. Współczynnik rzetelności skali alfa Cronbacha wynosi 0,85. Błąd standardowy pomiaru wynosi 0,24. Skala zawiera 10 stwierdzeń i służy do oceny skuteczności radzenia sobie jednostki z trudnymi sytuacjami oraz przeszkodami.⁷

Skala Satysfakcji z Życia (Satisfaction with Life Scale – SWLS) została opracowana przez Dienera, Emmons, Larsona i Griffin, adaptację polską wykonał Juczyński. Współczynnik rzetelności skali alfa Cronbacha wynosi 0,81. Błąd standardowy pomiaru wynosi 0,21. Skala składa się z 5 stwierdzeń, za pomocą których ocenia się subiektywne poczucie zadowolenia z życia jednostki.⁷

Autorski kwestionariusz ankiety składał się z 5 pytań dotyczących danych socjodemograficznych badanych.

Analiza statystyczna została przeprowadzona przy użyciu programu Statistica (StatSoft, Inc., STATISTICA software, v. 10.0). Analizę opisową zebranych danych przedstawiono w postaci średniej (M) i odchylenia standardowego (SD) lub mediany (Me) z użyciem przedziałów międzykwartylowych (Q1 25% – Q3 75%). W przypadku danych jakościowych została podana dokładna liczba wraz z wartością procentową próby. Ze względu na porządkowy charakter zebranych danych do ich analizy użyto testów nieparametrycznych. W celu porównania 2 grup zmiennych zastosowano test U Manna-Whitneya, a w przypadku większej liczby grup – test ANOVA rang Kruskala-Wallisa wraz z wielokrotnym porównaniem średnich rang dla wszystkich grup (analizę post hoc). Siły zależności między zmiennymi (korelacje) zostały ocenione z wykorzystaniem testu korelacji rang Spearmana. Jako poziom istotności testowanych hipotez zerowych przyjęto $\alpha = 0,05$.

Na przeprowadzenie badań uzyskano pozytywną opinię Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego (KBET/74/B/2010 z dnia 24 czerwca 2010 r.).

Charakterystyka badanej grupy

Grupę badaną stanowiło 80 pacjentów hospitalizowanych na oddziale chirurgii naczyniowej Szpitala Zakonu Bonifratrów św. J. Grandego w Krakowie. Grupę porównawczą stanowiło 80 osób zdrowych, będących pod opieką Poradni Badań Profilaktycznych – Medycyna Pracy Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie. Osoby z obu grup badanych zostały poinformowane o celu badań, planowanym dalszym postępowaniu z materiałem badawczym, ewentualnych niedogodnościach zarówno w formie ustnej, jak i pisemnej. Każdy uczestnik badań podpisał zgodę na dobrowolny udział w badaniu.

W grupie badanej przeważali mężczyźni (75,5%) ze średnią wieku 65,9, a w grupie porównawczej kobiety (57,5%) ze średnią wieku 54,48. W grupie badanej dominowali emeryci (61,5%), a w grupie porównawczej pracujący zawodowo (60%). Miejsce zamieszkania respondentów z obu grup było zróżnicowane. W grupie badanej większość mieszkała na wsiach i w małych miastach do 500 tys. mieszkańców (38%), natomiast w grupie porównawczej – w miastach. W grupie badanej przeważały osoby z wykształceniem średnim (48,75%) i zawodowym (36,25%). W grupie porównawczej przeważały osoby z wykształceniem średnim (40%).

Wyniki

Zachowania zdrowotne badanych

Ogólne zachowania zdrowotne w obydwu grupach oceniono jako przeciętne, jednak w grupie badanej wynik kształtował się na górnej granicy normy, natomiast w grupie porównawczej był bliżej dolnej granicy normy. Biorąc pod uwagę kategorię zachowań zdrowotnych w grupie badanej, niewielką przewagę uzyskało „prawidłowe nastawienie psychiczne”, natomiast najniższy wynik uzyskały „prawidłowe nawyki żywieniowe”. W grupie porównawczej wyniki przedstawiały się podobnie – w kategorii zachowań występowała przewaga „prawidłowego nastawienia psychicznego”, a „prawidłowe nawyki żywieniowe” uplasowały się na najniższej pozycji. Szczegółowe dane przedstawia tabela 1.

Pacjenci z grupy badanej wykazywali bardziej pozytywne ogólne zachowania zdrowotne niż grupa porównawcza ($Me = 87$ vs 73 ; $p < 0,01$). Biorąc pod uwagę klasyfikację zachowań zdrowotnych, respondenci z grupy

badanej wykazywali bardziej pozytywne zachowania w każdej z kategorii zachowań („prawidłowe nawyki żywieniowe” – $Me = 3,33$ vs $3,16$, $p = 0,01$; „zachowania profilaktyczne” – $Me = 3,83$ vs $3,16$, $p < 0,01$; „prawidłowe nastawienie psychiczne” – $Me = 3,83$ vs $3,33$, $p < 0,01$; „praktyki zdrowotne” – $Me = 3,83$ vs $3,08$, $p < 0,01$).

Uogólnione poczucie własnej skuteczności w badanych grupach

Analiza danych uzyskanych w Skali Uogólnionej Własnej Skuteczności (GSES) wykazała, że w grupie badanej przeważało wysokie uogólnione poczucie własnej skuteczności, a w grupie porównawczej znajdowało się ono na poziomie przeciętnym. Pacjenci z grupy badanej w większym stopniu uważali, iż są w stanie zrealizować zamierzone cele oraz działania.

Szczegółowe dane zamieszczono w tabeli 2.

Tabela 2. Uogólnione poczucie własnej skuteczności w grupie badanej oraz porównawczej

Table 2. General feeling of self-efficacy in the study group and the control group

Skala	Grupa badana (n = 80)				Grupa porównawcza (n = 80)			
	M	min.	max.	SD	M	min.	max.	SD
GSES	31,30	22,00	40,00	4,38	28,77	12,00	37,00	4,61
Steny	7,13	4,00	10,00	1,65	6,20	1,00	9,00	1,67

Z danych zamieszczonych w tabeli 2 wynika, że grupa badana cechowała się wyższym uogólnionym poczuciem własnej skuteczności w zestawieniu z grupą porównawczą ($Me = 31,5$ vs 30 ; $p = 0,001$).

Tabela 1. Zachowania zdrowotne w grupie badanej i porównawczej

Table 1. Health-related behaviors in the study group and the control group

Kategorie danych	M		Min.		Max.		SD	
	grupa badana (n = 80)	grupa porównawcza (n = 80)	grupa badana (n = 80)	grupa porównawcza (n = 80)	grupa badana (n = 80)	grupa porównawcza (n = 80)	grupa badana (n = 80)	grupa porównawcza (n = 80)
Ogólne zachowania zdrowotne	88,21	74,98	49,00	42,00	120,00	116,00	16,45	15,32
Prawidłowe nawyki żywieniowe	3,39	2,99	1,33	1,16	5,00	4,83	0,97	0,83
Zachowania profilaktyczne	3,74	3,05	2,00	1,16	5,00	4,83	0,80	0,91
Pozytywne nastawienie psychiczne	3,85	3,30	1,66	1,50	6,00	4,83	0,75	0,74
Praktyki zdrowotne	3,63	3,12	1,16	1,66	5,00	5,00	0,87	0,70
Steny	6,68	4,90	1,00	1,00	10,00	10,00	2,20	2,10

Umiejscowienie kontroli zdrowia badanych

Dokonując interpretacji Wielowymiarowej Skali Umiejscowienia Kontroli Zdrowia (MHLC) w badanych grupach można przyjąć, iż w grupie badanej zarówno czynnik „wpływu innych” (przekonanie, iż zdrowie jednostki zależy od osób trzecich – lekarzy, pielęgniarek, rodziny), jak i „wewnętrzny” (przekonanie, że jednostka sama decyduje o swoim zdrowiu) w porównywalny sposób wpływały na kontrolę zdrowia wśród pacjentów z minimalną przewagą „wpływu innych”.

W grupie porównawczej wyraźniej dominował czynnik „wewnętrzny”, natomiast czynniki „wpływu innych” były na podobnym poziomie, z niewielką przewagą czynnika „przypadku” (przekonania, że o zdrowiu jednostki decyduje przypadek). Szczegółowe wyniki przedstawia tabela 3.

Tabela 3. Umiejscowienie kontroli zdrowia w grupie badanej oraz porównawczej

Table 3. Health locus of control in the study group and the control group

Czynnik w skali MHLC	Grupa badana (n = 80)				Grupa porównawcza (n = 80)			
	M	min.	max.	SD	M	min.	max.	SD
Wewnętrzny	26,70	10,00	36,00	5,36	24,70	12,00	35,00	5,14
Wpływu innych	27,60	11,00	36,00	5,30	19,55	6,00	34,00	6,65
Przypadek	23,07	7,00	35,00	6,36	20,73	6,00	34,00	6,11

Przy porównaniu obydwu grup w grupie badanej widać przewagę czynnika „wpływu innych” na kontrolę zdrowia ($Me = 29$ vs 20 ; $p < 0,01$) wraz z dominacją czynnika „przypadku” ($Me = 24$ vs 21 ; $p = 0,019$).

Satysfakcja z życia w badanych grupach

Zarówno grupa badana, jak i grupa porównawcza reprezentowały przeciętny poziom satysfakcji z życia w Skali Satysfakcji z Życia (SWLS), natomiast badani z grupy porównawczej uzyskali wynik na dolnej granicy normy, zbliżając się do niskiego poziomu satysfakcji z życia (tabela 4).

Tabela 4. Poziom satysfakcji z życia w grupie badanej i porównawczej

Table 4. The level of life satisfaction in the study group and the control group

Skala	Grupa badana (n = 80)				Grupa porównawcza (n = 80)			
	M	min.	max.	SD	M	min.	max.	SD
SWLS	21,97	9,00	35,00	6,13	18,77	7,00	30,00	6,01
Steny	6,05	1,00	10,00	2,14	4,91	1,00	9,00	2,14

Porównując wyniki uzyskane w grupie badanej i grupie porównawczej, należy uznać, iż wyższy poziom satysfakcji z życia występuje w grupie badanej ($Me = 22,00$ vs $19,00$; $p = 0,003$).

Osobowość typu A w badanych grupach

Wśród badanych z obu grup nie stwierdzono dominacji cech osobowości typu A. Szczegółowe dane przedstawia tabela 5.

Tabela 5. Występowanie osobowości typu A w grupie badanej i porównawczej

Table 5. Type A personalities in the study group and the control group

Kategorie danych	Grupa badana (n = 80)				Grupa porównawcza (n = 80)			
	M	min.	max.	SD	M	min.	max.	SD
Osobowość typu A	0,50	0,10	1,00	0,20	0,53	0,13	0,90	0,19
Pośpiech	0,52	0,06	1,00	0,27	0,61	0,06	1,00	0,23
Rywalizacja	0,47	0,00	1,00	0,22	0,44	0,00	1,00	0,22

Porównanie grupy badanej z grupą porównawczą testem nie wykazuje istotnej statystycznie różnicy w występowaniu osobowości typu A. Jednocześnie wykazano przewagę cechy „pośpiechu” w grupie porównawczej ($Me = 0,66$ vs $0,46$; $p = 0,029$).

Analizując zależności wybranych zmiennych za pomocą korelacji rang Spearmana, zauważono związek pomiędzy wiekiem a zachowaniami zdrowotnymi ($R = 0,229$; $p = 0,040$). Osoby starsze przywiązywały większą wagę do „praktyk zdrowotnych”, tzn. ograniczały palenie tytoniu, unikały nadmiernego wysiłku fizycznego i przepracowania, dużo spały i kontrolowały swoją masę ciała. W grupie porównawczej zależność występowała pomiędzy wiekiem a cechami osobowości typu A ($R = -0,263$; $p = 0,195$) oraz czynnikiem „pośpiechu” ($R = -0,226$; $p = 0,046$) – osoby starsze wykazywały mniejsze nasilenie cech osobowości typu A oraz nie dominował u nich „pośpiech”.

W grupie porównawczej zauważono również korelację pomiędzy umiejscowieniem „wewnętrznym” kontroli zdrowia oraz „wpływem innych” a zachowaniami zdrowotnymi. Osoby przekonane, iż to one same decydują o swoim zdrowiu, wykazywały większą dbałość o swoje zdrowie, zarówno ogólne ($R = 0,398$; $p < 0,01$), jak i w każdej z kategorii zachowań: „prawidłowe nawyki żywieniowe” ($R = 0,261$; $p = 0,01$); „zachowania profilaktyczne” ($R = 0,316$; $p < 0,01$); „prawidłowe nastawienie psychiczne” ($R = 0,358$; $p < 0,01$); „praktyki zdrowotne” ($R = 0,333$; $p < 0,01$). Podobna zależność występuje w sytuacji umiejscowienia kontroli zdrowia „na zewnątrz”. Osoby przekonane o tym, że ich zdrowie zależy jest od osób trzecich, również bardziej dbały o swoje zdrowie, zarówno ogólne ($R = 0,522$; $p < 0,01$), jak i w każdej z kategorii zachowań: „prawidłowe nawyki żywieniowe” ($R = 0,238$; $p = 0,03$); „zachowania profilaktyczne” ($R = 0,590$; $p < 0,01$); „prawidłowe nastawienie psychiczne” ($R = 0,456$; $p < 0,01$); „praktyki zdrowotne” ($R = 0,372$; $p < 0,01$).

Satysfakcja z życia w grupie badanej korelowała z zachowaniami zdrowotnymi ogólnie oraz w każdej z kategorii zachowań z wyjątkiem „praktyk zdrowotnych”. Osoby cechujące się większą satysfakcją z życia były skłonne bardziej dbać o swoje zdrowie ogólnie ($R = 0,281$; $p = 0,011$), miały lepsze nastawienie psychiczne ($R = 0,255$; $p = 0,021$), lepsze nawyki żywieniowe ($R = 0,287$; $p = 0,009$) oraz zachowania profilaktyczne ($R = 0,228$; $p = 0,041$). W grupie porównawczej korelacja występowała zarówno z ogólnymi zachowaniami zdrowotnymi, jak i „prawidłowym nastawieniem psychicznym” oraz „praktykami zdrowotnymi”. Osoby z grupy porównawczej, które były zadowolone ze swojego życia, bardziej dbały o swoje zdrowie ogólne ($R = 0,284$; $p = 0,010$), miały lepsze nastawienie psychiczne ($R = 0,302$; $p = 0,006$) oraz przywiązywały większą wagę do „praktyk zdrowotnych” ($R = 0,295$; $p = 0,007$).

Biorąc pod uwagę zależność pomiędzy poczuciem uogólnionej własnej skuteczności a zachowaniami zdrowotnymi w grupie badanej, stwierdzono występowanie korelacji zarówno w ogólnych zachowaniach zdrowotnych, jak i w każdej z kategorii zachowań z wyjątkiem „praktyk zdrowotnych”. Osoby mające większe uogólnione poczucie własnej skuteczności wykazywały bardziej pozytywne zachowania zdrowotne ogólnie ($R = 0,367$; $p < 0,001$), lepiej się odżywiały ($R = 0,298$; $p = 0,007$), miały lepsze nastawienie psychiczne ($R = 0,343$; $p = 0,001$) oraz realizowały zachowania profilaktyczne ($R = 0,422$; $p = 0,001$).

Omówienie

Zdaniem Komisji Europejskiej choroby układu krążenia (ChUK) są przyczyną około 2 mln zgonów rocznie w Unii Europejskiej oraz powodem przedwczesnych śmierci wśród osób przed 75. r.ż.¹² Według raportu National Center for Health Statistics choroby układu krążenia były przyczyną 25% wszystkich zgonów w Stanach Zjednoczonych w 2007 r.¹³

W prezentowanym badaniu oceniano zachowania zdrowotne oraz ich uwarunkowania w grupie osób z podwyższonym ryzykiem niedokrwienia mięśnia sercowego poddanych zabiegom operacyjnym z przyczyn pozasercowych. Badaniem objęto pacjentów z chorobami naczyniowymi, takimi jak: zwężenie tętnic kończyn dolnych, zwężenie tętnic szyjnych, tętniaki aorty czy miażdżycza kończyn dolnych. Grupę porównawczą stanowiły osoby zdrowe, niepoddane wcześniej zabiegom chirurgicznym.

Badania wykazały, że zachowania zdrowotne w grupie osób z ryzykiem choroby niedokrwiennej serca były na poziomie przeciętnym, plasując się na górnej granicy normy, natomiast w grupie porównawczej, choć uzyskano wynik na tym samym poziomie, mieściły się na dolnej granicy normy. Podobne rezultaty uzyskali inni autorzy. Ślusarska i Nowicki, oceniając zachowania zdrowotne w badaniach nad profilaktyką chorób układu krążenia wśród osób pracujących, uzyskali przeciętny wynik ogólnych zachowań

zdrowotnych, lecz bliżej dolnej granicy normy.¹⁴ Wyniki przeciętne odnotowano również u pacjentów ze zwężeniem tętnic szyjnych w badaniu prowadzonym przez Cierzniańską et al.¹⁵, a w badaniu Kurowskiej i Korecińskiej u osób po zabiegach kardiochirurgicznych.¹⁶ Odmienne wyniki uzyskała Kurowska w innym badaniu, oceniając zachowania zdrowotne pacjentów chorych na miażdżycę tętnic kończyn dolnych. Badana przez nią grupa prezentowała wysoki poziom zachowań zdrowotnych.¹⁷ Ciekawe rezultaty uzyskali Muczyński et al., badając zachowania zdrowotne wśród zawodników futbolu amerykańskiego.¹⁸ Były one zaledwie o 1 punkt wyższe od wyniku niskiego, co w populacji młodych mężczyzn uprawiających czynnie sport jest niepokojące.

W grupie badanej nie stwierdzono dominacji cech charakterystycznych dla osobowości typu A ($M = 0,50$; „rywalizacja” = $0,47$; „pośpiech” = $0,52$). Również w grupie porównawczej nie stwierdzono wyraźniej przewagi cech charakterystycznych dla osobowości typu A, natomiast wykazano dominację cechy „pośpiechu” ($M = 0,53$; „pośpiech” = $0,61$; „rywalizacja” = $0,44$). W badaniu Nowickiego et al., którym objęto 150 osób w wieku 22–62 lat (średnia wieku: 40,74 roku), stwierdzono występowanie osobowości typu A ($M = 0,60$; „pośpiech” = $0,62$; „rywalizacja” = $0,59$).¹⁹

W badaniach własnych poddano również ocenie wpływ satysfakcji z życia na zachowania zdrowotne badanych. W grupie badanej wynik był przeciętny, ale mieścił się na górnej granicy normy ($M = 21,97 \pm 6,13$), natomiast w grupie porównawczej był przeciętny, ale zdecydowanie niższy ($18,77 \pm 6,01$). Jachimowicz w swoich badaniach, którymi objęła 100 kobiet po 65. r.ż., uzyskała przeciętny wynik satysfakcji z życia ($21,04 \pm 6,03$).²⁰ Podobne badania przeprowadzili Mudyń i Weiss, którymi objęli 80 osób po 60. r.ż. Uzyskany przez nich wynik wskazuje na przeciętne zadowolenie z życia badanych ($21,6 \pm 5,6$).²¹

W badaniach dokonano oceny uogólnionego poczucia własnej skuteczności. W grupie badanej uzyskano wysoki poziom uogólnionego poczucia własnej skuteczności ($31,30 \pm 4,38$), natomiast w grupie porównawczej wynik był przeciętny ($28,77 \pm 4,61$). Byra objął badaniem 143 osoby, w tym 70 kobiet i 73 mężczyzn (średnia wieku: 34,57 roku) z trwałymi uszkodzeniami w narządzie ruchu. Poziom uogólnionej własnej skuteczności w tej grupie korelował z płcią badanych. U kobiet dominowało niskie poczucie własnej skuteczności, natomiast w grupie mężczyzn – wysokie.²² Majda i Józefowska oceniły poczucie własnej skuteczności wśród 105 pacjentów z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc. Badanie wykazało niskie poczucie własnej skuteczności wśród badanych ($23,8$).²³

Umiejscowienie kontroli zdrowia ma wpływ na podejmowane przez jednostkę działania prozdrowotne.⁷ Jak wskazują liczne badania, bardziej pożądane wydaje się być umiejscowienie poczucia kontroli „wewnątrz”, czyli przekonanie, że zdrowie zależy od jednostki, a nie, jak w przy-

padku kontroli umiejscowionej „na zewnątrz”, od osób trzecich.^{5,24–26} Osoby z „wewnętrznym” umiejscowieniem kontroli w większym stopniu podejmują działania prozdrowotne, co prowadzi do poprawy stanu zdrowia.⁶ Badania Juczyńskiego i Ogińskiej-Bulik pokazały jednak, iż umiejscowienie kontroli „na zewnątrz” ma również istotne znaczenie w podejmowaniu przez jednostkę zachowań korzystnych dla zdrowia. Osoby z „zewnętrznym” umiejscowieniem kontroli zdrowia są bardziej systematyczne w zgłaszaniu się na badania oraz przestrzegają zaleceń lekarskich, co przynosi wymierne korzyści w przypadku leczenia chorób ostrych i przewlekłych oraz w podejmowaniu działań prewencyjnych.^{7,27}

W badaniach własnych w grupie badanej na umiejscowienie kontroli zdrowia wpływał w porównywalny sposób zarówno czynnik „wewnętrzny” ($M = 26,7 \pm 5,36$) jak i „wpływu innych”, czyli „zewnętrzny” ($M = 27,6 \pm 5,30$), natomiast czynnik „przypadku” był na niższym poziomie ($23,07 \pm 6,11$). Podobne wyniki uzyskał Juczyński w grupie mężczyzn po przebytym zawale mięśnia sercowego.⁷ W grupie porównawczej nasilenie było mniejsze, ale wyraźniej dominował czynnik „wewnętrzny” ($M = 24,7 \pm 5,14$) w porównaniu do „przypadku” ($M = 20,73 \pm 6,11$) oraz „wpływu innych” ($M = 19,55 \pm 6,65$).

Podsumowując wyniki badań oraz wyniki uzyskane z przeglądu dostępnego piśmiennictwa, należy stwierdzić, że istnieje potrzeba prowadzenia edukacji zdrowotnej we wszystkich grupach wiekowych w celu utrzymania i poprawy stanu zdrowia całej populacji. W odniesieniu do grupy osób zdrowych (grupa porównawcza), której średnia wieku wyniosła 54,48 roku, badania wykazały przeciętny poziom ich zachowań zdrowotnych, brak bodźca do ich zmiany pomimo wysokiego poziomu poczucia własnej skuteczności. Biorąc to pod uwagę, należy zwiększyć nacisk na prewencję pierwotną w tej grupie wiekowej. Grupa badana charakteryzowała się wyższą średnią wieku oraz dominowali w niej mężczyźni, ponieważ jest to związane z epidemiologią schorzenia, natomiast objęcie badaniem porównawczym osób aktywnych zawodowo (w ramach medycyny pracy) wiązało się z ich wyższą średnią wieku. Dobór grupy stanowi pewne ograniczenie badań, ale wykazano, że u osób zdrowych z grupy porównawczej częściej obserwowano zachowania antyzdrowotne. Jest to niezwykle ważne w aspekcie koniecznych działań profilaktycznych.

W grupie badanej, w której wszyscy byli obciążeni wieloma chorobami układu sercowo-naczyniowego, uzyskano dużo wyższe wyniki zarówno w ogólnych zachowaniach zdrowotnych, jak i w poszczególnych ich kategoriach oraz ich uwarunkowaniach. Wynika to z faktu, iż rozpoznanie choroby, hospitalizacja i zabieg chirurgiczny skłoniły osoby z tej grupy do podjęcia działań sprzyjających zdrowiu. Okres kilku miesięcy przygotowań do planowanej operacji wymusił u nich konieczność zmiany dotychczasowych zachowań zdrowotnych, zwłaszcza w zakresie odżywiania oraz stosowania używek.

Wnioski

Badani z podwyższonym ryzykiem okołoperacyjnego niedokrwienia mięśnia sercowego częściej prezentowali pożądane zachowania zdrowotne niż grupa osób zdrowych.

Cechy charakterystyczne dla osobowości typu A nie dominowały wśród badanych, natomiast wraz z „pośpiechem” i „rywalizacją” determinowały ich zachowania zdrowotne w kategorii „praktyki zdrowotne”.

Zachowania zdrowotne badanych w kategorii „prawidłowych nawyków żywieniowych” i „praktyk zdrowotnych” były zależne od umiejscowienia kontroli zdrowia.

Poziom satysfakcji z życia badanych korelował z zachowaniami zdrowotnymi we wszystkich kategoriach z wyjątkiem „praktyk zdrowotnych”.

Pozytywne zachowania zdrowotne badanych były zależne od poczucia własnej skuteczności.

Grupa osób z ryzykiem okołoperacyjnego niedokrwienia mięśnia sercowego odznaczała się wyższym poczuciem własnej skuteczności, brakiem dominacji cech charakterystycznych dla osobowości typu A oraz porównywalnym wpływem czynników „zewnętrznego” i „wewnętrznego” na kontrolę zdrowia w porównaniu z grupą osób zdrowych.

Istnieje konieczność prowadzenia edukacji zdrowotnej w każdej grupie wiekowej.

Piśmiennictwo

1. Włoch-Kopeć D, Bała M, Jaeschke R, Szczeklik W. Stężenie tropoiny T w okresie pooperacyjnym a ryzyko zgonu po operacji pozasercowej – badanie VISION. *Med Prakt.* 2012;10:84–86.
2. Devereaux PJ, Chan MTV, Alonso-Coello P, et al; VISION Study Investigators. Association between postoperative troponin levels and 30-day mortality among patients undergoing noncardiac surgery. *JAMA.* 2012;307(21):2295–2304.
3. Weiser TG, Regenbogen SE, Thompson KD, et al. An estimation of the global volume of surgery: A modeling strategy based on available data. *Lancet.* 2008;372(9633):139–144.
4. Botto F, Alonso-Coello P, Chan MT, et al. Myocardial injury after noncardiac surgery: A large, international, prospective cohort study establishing diagnostic criteria, characteristics, predictors, and 30-day outcomes. *Anesthesiology.* 2014;120(3):64–78.
5. Sęk H, Heszen I. *Psychologia zdrowia*. Warszawa: PWN; 2012.
6. Kościelak R. *Poczucie umiejscowienia kontroli i przekonanie o własnej skuteczności w zdrowiu i chorobie*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls; 2010.
7. Juczyński Z. *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego; 2001.
8. Kanadys K, Lewicka M, Sulima M, Surdyka D, Wiktor H. Analiza poziomu satysfakcji z życia kobiet w okresie okołomenopauzalnym zależnie od wybranych czynników socjodemograficznych. *Med Ogólna Nauki Zdr.* 2014;20(1):42–45.
9. Jaracz K. Sposoby ujmowania i pomiaru jakości życia – próba kategoryzacji. *Pielęg Pol.* 2001;2(12):219–226.
10. Nowicki G, Ślusarska B, Kulig T, Goniewicz M. Czynniki psychospołeczne a wzór zachowania typu A oraz zachowania zdrowotne w prewencji ryzyka sercowo-naczyniowego wśród osób dorosłych. *Pol Przegl Kardiol.* 2011;13(2):82–88.
11. Miśkowiec D, Kwarta P, Witusik A, Pietras T. Wzór zachowania typu A jako predyktor choroby niedokrwiennej serca – czy wciąż aktualny problem? *Adv Psychiatrii Neurol.* 2013;22(2):129–136.
12. European Core Health Indicators. <http://www.europa.eu>. Dostęp 17.05.2018.

13. Department of Health and Human Services Centers for Disease Control and Prevention; National Center for Health Statistics. Health United States 2010, With Special Feature on Health and Dying, U.S. Pub no. 2011-1232. www.cdc.gov. Dostęp 18.05.2018.
14. Ślusarska B, Nowicki G. Zachowania zdrowotne w profilaktyce chorób układu krążenia wśród osób pracujących. *Probl Hig Epidemiol.* 2010;91(1):34-40.
15. Cierzniańska K, Westphal B, Szewczyk MT, Cwajda-Białasik J, Popow A. Zachowania zdrowotne chorych ze zwężeniem tętnic szyjnych. *Pielęg Chir Angiol.* 2011;4:211-217.
16. Kurowska K., Korecińska M. Wpływ zachowań zdrowotnych na jakość życia chorych po zabiegach kardiochirurgicznych. *Pielęg Chir Angiol.* 2012;1:20-25.
17. Kurowska K. Zachowania zdrowotne a jakość życia pacjentów z miażdżycą tętnic kończyn dolnych. *Pielęg Chir Angiol.* 2013;3:107-114.
18. Muczyński D, Krajewska-Kułak E, Guzowski A. Ocena narażenia na kontuzje oraz preferowanych zachowań zdrowotnych w grupie zawodników futbolu amerykańskiego. *Pielęg Chir Angiol.* 2013;4:125-133.
19. Nowicki G, Ślusarska B, Kulig T, Goniewicz M. Czynniki psychospołeczne a wzór zachowania typu A oraz zachowania zdrowotne w prewencji ryzyka sercowo-naczyniowego wśród osób dorosłych. *Pol Przegl Kardiol.* 2011;13(2):82-88.
20. Jachimowicz V, Kostka T. Satysfakcja z życia starszych kobiet. *Ginekol Prakt.* 2009;3:27-32.
21. Mudyń K, Weiss A. Satysfakcja z życia u osób w wieku senioralnym a orientacje życiowe i deklarowane wartości. *Społeczeństwo i Rodzina.* 2010;22(1):32-47.
22. Byra S. Poczucie własnej skuteczności w kontekście radzenia sobie w sytuacjach trudnych kobiet i mężczyzn z nabytą niepełnosprawnością ruchową. *Med Ogólna Nauki Zdr.* 2011;17(3):127-134.
23. Majda A, Józefowska H. Zasoby osobiste pacjentów z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc. *Probl Pielęg.* 2009;17(4):283-293.
24. Helmer SM, Kramer A, Mikołajczyk RT. Health-related locus of control and health behaviour among university students in North Rhine Westphalia, Germany. *BMC Res Notes.* 2012;5:703.
25. Weiss GL, Larsen DL. Health value, health locus of control, and the prediction of health protective behaviors. *Soc Behav Pers.* 1990;18(1):121-135.
26. Norman P, Bennet P, Smith C, et al. Health locus of control and health behaviour. *J Health Psychol.* 1998;3(2):171-180.
27. Ogińska-Bulik N, Juczyński Z. Osobowość stres a zdrowie. Warszawa: Difin; 2008.